

## Cisto ósseo traumático em criança: relato de caso clínico

### Traumatic bone cyst in a child: a clinical case report

### Quiste óseo traumático en un niño: reporte de un caso clínico

Priscila Alves Torreão 

Jener Gonçalves de Farias 

Antonio Varela Cândia 

Aise Cleise Mota Mascarenhas 

Júlia Maria Benites de Jesus 

Girlane Pereira de Oliveira 

Lorena Rodrigues Souza 

Manuela Valverde Fernandes 

#### Endereço para correspondência:

Priscila Alves Torreão  
Universidade Estadual de Feira de Santana  
Avenida Transnordestina Novo Horizonte, s/n  
44036-900 - Feira de Santana - Bahia - Brasil  
E-mail: pry-alves@hotmail.com

**RECEBIDO:** 27.07.2022

**MODIFICADO:** 18.08.2022

**ACEITO:** 20.09.2022

#### RESUMO

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de cisto ósseo traumático em criança, desde o seu diagnóstico bem como a etapa de abordagem cirúrgica atrelada a literatura. O cisto ósseo traumático (COT) é classificado segundo a Organização Mundial da Saúde como pertencentes ao grupo de lesões ósseas, sendo que atualmente sua etiopatogenia é melhor explicada pela teoria trauma-hemorragia. O que diferencia o COT e os cistos verdadeiros é a ausência de revestimento epitelial, sendo considerados pseudocistos. O diagnóstico geralmente é realizado durante a realização do exame radiográfico, sendo que na maioria das vezes se comportam como assintomáticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cistos ósseos. Doenças do desenvolvimento óseo. Doenças maxilomandibulares.

#### **ABSTRACT**

The aim of this article is to report a case of traumatic bone cyst in a child, from its diagnosis as well as the stage of surgical approach linked to the literature. Traumatic bone cyst (TOC) is classified according to the World Health Organization as belonging to the group of bone lesions, and its etiopathogenesis is currently best explained by the trauma-hemorrhage theory. What differentiates TOC and true cysts is the absence of epithelial lining, being considered pseudocysts. The diagnosis is usually made during the radiographic examination, and most of the time they behave as asymptomatic.

**KEYWORDS:** Bone cysts. Bone diseases, developmental. Jaw diseases.

#### **RESUMEN**

El objetivo de este artículo es reportar un caso de quiste óseo traumático en un niño, desde su diagnóstico, así como la etapa de abordaje quirúrgico ligado a la literatura. El quiste óseo traumático (TOC) está clasificado según la Organización Mundial de la Salud como perteneciente al grupo de las lesiones óseas, y actualmente su etiopatogenia es mejor explicada por la teoría del trauma-hemorragia. Lo que diferencia al TOC de los quistes verdaderos es la ausencia de revestimiento epitelial, siendo considerados pseudoquistes. El diagnóstico suele realizarse durante el examen radiográfico, y la mayoría de las veces se comportan asintomáticos.

**PALABRAS CLAVE:** Quistes óseos. Enfermedades del desarrollo óseo. Enfermedades maxilomandibulares.

## INTRODUÇÃO

O cisto ósseo traumático (COT) foi relatado pela primeira vez em 1929, sendo a partir de então descritos na literatura como cistos ósseos solitários, idiopáticos, unicameral, cisto ósseo simples, cistos ósseos hemorrágicos, cistos ósseos primários e cistos de extravasamento, devido as diferentes explicações de sua origem<sup>1-2</sup>.

A sua etiopatogenia, atualmente, é melhor explicada pela teoria trauma-hemorragia, na qual uma hemorragia intramedular pode ser causada a partir de um trauma de baixa intensidade, o que desencadeia uma série de acontecimentos, como a ativação de osteoclastos, liquefação do coágulo e origem de um defeito ósseo<sup>3</sup>.

Os COT são classificados segundo a Organização Mundial da Saúde, como pertencentes ao grupo de lesões ósseas, em conjunto com o cisto ósseo aneurismático, displasia fibrosa, fibroma ossificante, granuloma central de células gigantes, displasia óssea e querubismo<sup>1</sup>.

A característica diferencial entre os COT e os cistos verdadeiros é a ausência de revestimento epitelial, sendo considerados como pseudocistos. A faixa etária mais acometida compreende a segunda década de vida, sendo a idade média de 20 anos<sup>1-2</sup>. Quando em região maxilofacial se localizam mais comumente no corpo e na sínfise da mandíbula.

O diagnóstico geralmente é realizado durante a realização de exame radiográfico, sendo esse, na maioria das vezes, de rotina, visto que grande parte dos pacientes se apresentam assintomáticos. Alguns pacientes podem manifestar como sintomatologia dor, inchaço e sensibilidade dentária, sendo importante a observação de outros sinais durante a anamnese como a presença de fístula, reabsorção radicular, fratura patológica da mandíbula, parestesia, expansão óssea vestibular e lingual, assim como a erupção tardia dos dentes permanentes<sup>1</sup>.

O COT apresenta-se radiograficamente como uma radiolusência unilocular isolada, borda bem definida, podendo ser observado também casos raros multifocais ou multiloculares, sendo o conteúdo dessas lesões por vezes sero-sanguinolento<sup>1-2</sup>.

A forma de tratamento consiste na exploração cirúrgica e curetagem, com objetivo de promover o sangramento e reparo, estimulando assim a reparação óssea<sup>3</sup>. Alguns autores também relatam como forma

de tratamento o acompanhamento clínico, visto que alguns cistos tendem a desaparecer com o tempo<sup>4</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente SGSB, sexo feminino, 12 anos, procurou a clínica escola de odontologia no setor de estomatologia acompanhada de seu genitor com a seguinte queixa-principal: “fui colocar aparelho em minha filha e o doutor viu uma lesão na radiografia”. Na história da doença atual, a paciente não relatou nenhuma sintomatologia e que a suposta lesão foi descoberta após a radiografia panorâmica.

Ao realizar o exame físico intrabucal, não foi observada nenhuma alteração de volume ou contorno (Figura 1).



**Figura 1** - Aspecto clínico de normalidade.

No exame radiográfico panorâmico foi observado uma área radiolúcida unilocular, bem delimitada de contornos indefinidos, se estendendo da linha média da face ao dente 35, indo do ápice das unidades até a basilar. (Figura 2).



**Figura 2** - Aspecto radiográfico da lesão.

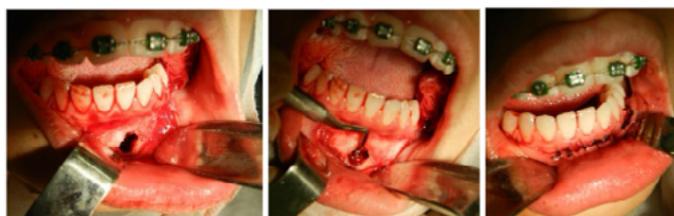
Durante o exame clínico, realizou-se o teste de sensibilidade pulpar obtendo resposta positiva em todos os dentes próximos da lesão. Ao analisar os dados clínicos e radiográficos, a hipótese diagnóstica foi de cisto ósseo traumático, sendo proposta a realização da biopsia incisional para determinar o diagnóstico histopatológico, nesse caso, como não havia abaulamento e nem expansão da cortical óssea não se justifica a realização da punção antes da incisão uma vez que haveria resistência óssea.

Para a realização da biopsia incisional, a paciente encontrava-se sob anestesia local. Primeiramente, foi realizada uma incisão reta abaixo do colar gengival, percorrendo a distância entre a unidade 34 e a 41. Em seguida, realizou-se o deslocamento mucoperiosteal do retalho para exposição da área, seguindo para a punção da lesão, onde se observou a presença de líquido sanguinolento (Figura 3).



**Figura 3** - Incisão, deslocamento e punção.

Após a verificação do conteúdo da lesão, o acesso foi ampliado e procedeu-se a curetagem da lesão (Figura 4).



**Figura 4** - Transcirúrgico com ampliação de acesso a lesão e curetagem.

Não foi necessário a obtenção de um fragmento ósseo para o exame histopatológico, uma vez que o diagnóstico foi estabelecido através dos aspectos clínicos e radiográficos de cisto ósseo traumático.

O trans-operatório transcorreu sem complicações e a paciente foi liberada para retornar após um ano. No entanto, esse retorno foi apenas após 16 meses com uma radiografia panorâmica de controle, na qual apresentava neoformação óssea e restabelecimento do padrão de trabeculado ósseo (Figura 5).



**Figura 5** - 16 meses após, observa-se neoformação óssea.

## DISCUSSÃO

Diferentes formas de tratamento para o cisto ósseo traumático são encontradas na literatura, como a ressecção, injeção de corticóides, enxerto ósseo, curetagem, injeção de medula óssea autóloga ou apenas o acompanhamento clínico e radiográfico devido a possibilidade de regressão espontânea<sup>3</sup>.

Alguns estudos apontam para a resolução de forma espontânea, requerendo o acompanhamento

clínico. Em relação as formas de intervenção, o mais escolhido é a exploração cirúrgica, que tem como objetivo, além do acesso a lesão, a confirmação do diagnóstico para seguir-se com a curetagem<sup>5</sup>.

Como vantagem da exploração cirúrgica, temos a estimulação para formação do coágulo sanguíneo, processo importante no incitamento da regeneração óssea, que pode ocorrer aproximadamente no período de seis meses. A curetagem, por sua vez, quando realizada de forma eficiente, exaustiva e minuciosa, coopera para um bom prognóstico com baixas chances de recidiva.

Com a exploração cirúrgica e curetagem, ocorre o preenchimento da cavidade, dando seguimento a formação de um novo tecido ósseo de forma rápida. O acompanhamento deve ocorrer de forma periódica com exames radiográficos, sendo que habitualmente após seis meses já é possível observar a formação óssea<sup>6</sup>.

Outra técnica já relatada na literatura, consiste na curetagem e preenchimento do espaço com uma matriz A-PRF, procedimento este iniciado com uma exaustiva curetagem, seguido do preenchimento com a matriz e reposicionamento do osso cortical da osteotomia. Essa abordagem é considerada conservadora, pois, é possível preservar a integridade da parede cortical, utilizando dispositivos ultrassônicos, para posterior reposicionamento .

## DISCUSSÃO

Diferentes formas de tratamento para o cisto ósseo traumático são encontradas na literatura, como a ressecção, injeção de corticóides, enxerto ósseo, curetagem, injeção de medula óssea autóloga ou apenas o acompanhamento clínico e radiográfico devido a possibilidade de regressão espontânea<sup>3</sup>.

Alguns estudos apontam para a resolução de forma espontânea, requerendo o acompanhamento clínico. Em relação as formas de intervenção, o mais escolhido é a exploração cirúrgica, que tem como objetivo, além do acesso a lesão, a confirmação do diagnóstico para seguir-se com a curetagem<sup>5</sup>.

Como vantagem da exploração cirúrgica, temos a estimulação para formação do coágulo sanguíneo, processo importante no incitamento da rege-

neração óssea, que pode ocorrer aproximadamente no período de seis meses. A curetagem, por sua vez, quando realizada de forma eficiente, exaustiva e minuciosa, coopera para um bom prognóstico com baixas chances de recidiva.

Com a exploração cirúrgica e curetagem, ocorre o preenchimento da cavidade, dando seguimento a formação de um novo tecido ósseo de forma rápida. O acompanhamento deve ocorrer de forma periódica com exames radiográficos, sendo que habitualmente após seis meses já é possível observar a formação óssea<sup>6</sup>.

Outra técnica já relatada na literatura, consiste na curetagem e preenchimento do espaço com uma matriz A-PRF, procedimento este iniciado com uma exaustiva curetagem, seguido do preenchimento com a matriz e reposicionamento do osso cortical da osteotomia. Essa abordagem é considerada conservadora, pois, é possível preservar a integridade da parede cortical, utilizando dispositivos ultrassônicos, para posterior reposicionamento<sup>2</sup>.

## CONCLUSÃO

É de suma importância o conhecimento sobre cisto ósseo traumático por parte dos cirurgiões-dentistas para um abordagem ideal desde o diagnóstico até a escolha da opção terapêutica.

Ao longo dos anos e diante dos diferentes casos e experiências relatadas na literatura, cada vez mais observamos a busca por tratamentos conservadores que não venham causar complicações tanto no trans como no pós-operatório. Sendo assim, a construção de uma via que traga conforto ao paciente e confiança de um tratamento eficaz ao profissional.

## REFERÊNCIAS

---

1. Razmara F, Ghoncheh Z, Shabankare G. Traumatic bone cyst of mandible: a case series. *J Med Case Rep.* 2019;13(1):300.
2. Bernabeu-Mira JC, Soto-Peñaloza D, Peñarrocha-Oltra S, Diago MP. Regenerated traumatic bone cyst with platelet-rich fibrin in the mandible: a case report. *Clin Adv Periodontics.* 2021;11(1):33-8.
3. Alencar AKO, Araújo JCWP Filho, Noletto JW, Hochuli-Vieira E, Garcia IR Júnior, Rocha JF. Aspectos técnicos do tratamento do cisto ósseo traumático: um relato de caso. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2015;69(1):26-9.
4. AssisVGF, FernandesAF, MonteiroMAO. Cisto ósseo solitário em mandíbula: relato de caso clínico. *RFO UPF.* 2019;24(3):362-6.
5. Madiraju GS, Yallamraju YA, Rajendran V, SrinivasaRao K. Solitary bone cyst of the mandible: a case report and brief review of literature. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2013200945.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi A. *Patologia oral e maxilofacial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.